Nr 20. Kraków, 17. maja 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 17. maja 1919. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Ostre zapalenie wsierdzia z objawami ciężkiej niedokrwistości

opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

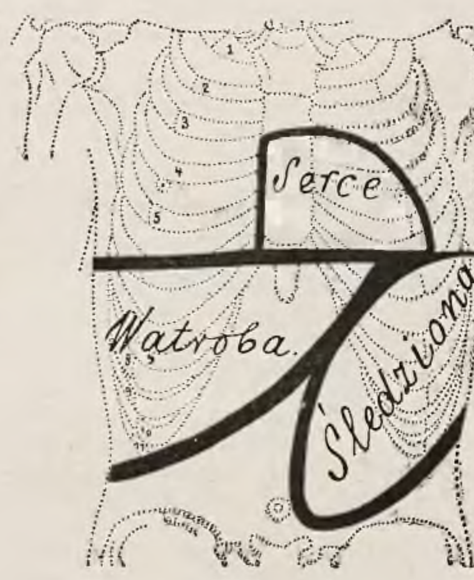
W przeciwieństwie do t. zw. gośćcowych zapaleń wsierdzia, przebiegających zwykle, o ile chodzi o objawy ogólne, dość łagodnie i kończących się w znacznej większości przypadków pomyślnie, odznaczają się pozornie pierwotne ostre zapalenia, poczytywane nierzadko za wyraz zakażeń septycznych, przebiegiem ciężkim i sprowadzają bardzo często śmierć chorych. W obrazach choroby, jakie tu powstają, uderzają przedewszystkiem objawy ogólnego zakażenia. Są one nazbyt dobrze znane, mówić o nich na tem miejscu byłoby rzeczą zbyteczną. Nasilenie ich zależy zasadniczo od rodzaju i od jadowitości zarazków, wzniecających zapalenie, w dalszym ciągu od zapasu sił chorego ustroju, od biologicznej sprawności poszczególnych narządów i od mniejszej lub większej zdolności do wytworzenia ciał ochronnych. Czysto miejscowe objawy zapalenia zachowują się dość rozmaicie. Tam, gdzie w tok sprawy zostaje odrazu wciągnięty przyrząd zastawkowy, względnie, gdy mięsień sercowy rychło traci siłę, bywa zazwyczaj nietrudno wykryć już w samym początku choroby ognisko sprawy zapalnej. Gdzie przyrząd zastawkowy, jako taki, jest nietknięty, gdzie zapalenie toczy się poza jego obrębem i nie rozciąga się na mięsień sercowy, może stosunkowo dość długo brakować szczegółów, wskazujących, że przyczyna choroby leży w sercu. Przypadki tego rodzaju zdarzają się niezbyt rzadko. Stąd też pochodzi, że rozpoznawanie ostrych zapaleń wsierdzia należy nierzadko do trudniejszych zadań dyagnostyki lekarskiej. Już z tego powodu pociągać może opisywanie należących do tego działu spostrzeżeń. Powód ten nie wystarczałby mi jednak do skreślenia dzisiejszej notatki. Pochop do opisania poczynionych spostrzeżeń dały przedewszystkiem bardzo znaczne zmiany w składzie krwi, spotkane na szczycie choroby i zupełne ustąpienie tych zmian w okresie zdrowienia, a niemniej i ta okoliczność, że choroba, sprawiająca w początkach spostrzegania klinicznego nader niekorzystne wrażenie, zakończyła się jednak pomyślnie.

Tych parę słów dla usprawiedliwienia publikacyi streszczonego poniżej spostrzeżenia.

27-letnia żona rzeźnika z Sarajewa, wyznania mojżeszowego, przyjęta na oddział 14. sierpnia 1918, podała w wywiadach, że choroba rozpoczęła się przed jedenastu dniami bólem głowy, brakiem apetytu i ogólnem rozłamaniem. W drugim dniu choroby, t. j. 4. sierpnia, pojawiły się dreszcze, gorączka, później poty, oraz kilkakrotne wymioty. Poty, poprzedzone gorączką i dreszczem, powtarzały się w dniach następnych. Gośćca stawowego, ani jakichkolwiek innych chorób zakaźnych chora nie przechodziła.

Lekarz domowy, znalazłszy znacznie powiększoną, bolesną śledzionę, przypuszczał, że przyczynę choroby stanowi ropień śledziony i wezwał na wspólną naradę chirurga. Wynikiem narady było przeniesienie chorej do szpitala na oddział chorób wewnętrznych w celu ostatecznego rozjaśnienia sprawy.

Badanie, wykonane w dniu przyjęcia wykazywało: Wzrost mały, budowa ciała mierna, odżywienie średnie. Skóra uderzająco bladosina, z żółtawym odcieniem. Spojówki wyraźnie żółtoburo zabarwione. Wyraz twarzy zmęczony, rysy nieco zaostrzone. Wargi sinawe. Język zupełnie suchy, prawie malinowy. Błona śluzowa gardła miernie przekrwiona. Migdałki cokolwiek powiększone, o powierzchni nierównej, pooranej. Czopów dostrzedz w nich nie można. Obmacywanie migdałków nie sprawia chorej bolu. Stawy zupełnie wolne. Obojczyki, mostek, kręgosłup, kości miednicy, przedramion i goleni przy opukiwaniu młotkiem opukowym bolesne. W płucach zmian niema. Czynność serca podniecona. Uderzenie serca rozlane. Uderzenie końca serca w 5.



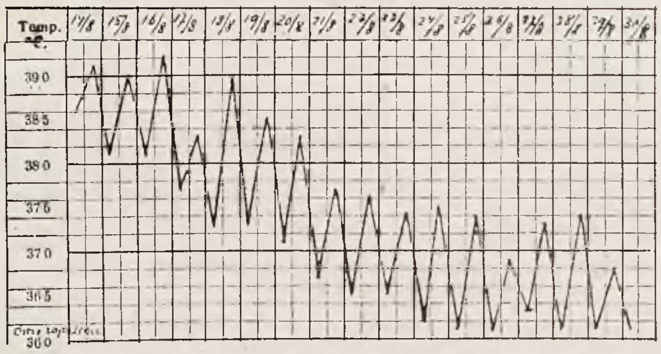
Ryc. 1.

międzyżebrzu, nieco na lewo od linii sutkowej, raczej słabe. W czasie skurczu wyczuć można w tem miejscu słaby koci mruk. Stłumienie serca sięga ku stronie prawej do prawego brzegu mostka, ku górze do 3. żebra, ku stronie lewej przekracza nieco linię sutkową. Na końcu serca słaby skurczowy szmer, przenoszący się w górę i na lewo. Taki sam szmer nad przyczepem 3. lewego żebra do mostka. Nad tętnicą płucną 2. ton z przytaktem. Nieprawidłowego tętnienia tętnic szyjnych niema. Żyły szyjne nierozszerzone. Tętno sprychowe miękie, fale tętna raczej małe. Uderzenia tętna miarowe. Liczba tętna 124. Brzuch nieco wypuklony, niebolesny. W kiszce grubej kruczenie. Śledziona dużych rozmiarów, sięga brzegiem wewnętrznym do linii środkowej ciała, brzegiem dolnym poniżej linii pępkowej. Już mierny ucisk gruczołu sprawia chorej ból. Wątroba, wrażliwa na ucisk, o brzegu obłym, daje się bardzo łatwo obmacać poniżej łuku żebrowego i w linii środkowej ciała. (Rozmiary wątroby, śledziony i stłumienia serca zob. ryc. 1). Mocz wysycony, z obfitym osadem moczanów, zawiera mały ślad białka, nie daje odczynu barwików żółciowych.

Badanie krwi wykazało: Zawartość hemoglobiny 33%. Ilość ciałek czerwonych 1,800.000. Ilość ciałek białych 9.400. Stosunek

c. czerwonych do c. białych 191:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·82. Odsetkowy stosunek rozmaitych rodzajów ciałek białych wynosił: ciałek neutrochłonnych 60·1%, limfocytów 28·0%, monocytów 5·2%, ciałek eozynochłonnych 0·5%, myelocytów neutrochłonnych 2·0%, myeloblastów 4·2%. W preparatach mikroskopowych uderzała wybitna nierówność ciałek czerwonych co do wielkości i sposobu barwienia się — anizocytoza, metachromazya — obecność mikrocytów i makrocytów, a co najważniejsza, pojawianie się jądrzastych ciałek czerwonych, tak normoblastów, jak i megaloblastów. Na 1000 ciałek białych znaleziono pierwszych 73, drugich 5. Bakteryologiczne badanie krwi, wykonane w instytucie serologiczno-bakteryologicznym (kierownik Dr Prašek) nie dało dodatnich wyników.

Ciepłota ciała wahała się w pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu między 38·5° C. a 39·1° C. (Dalszy przebieg gorączki zob. krzywą ciepłoty ryc. 2). Leczenie: Dyspargen wstrzykiwany wprost do żył i leki skrzepiające serce, chłodnik Leiterowski na okolicę serca. Płukanie gardła 3% rozczynem H_2O_2.



Ryc. 2.

O dalszym przebiegu zapisano w historyi choroby: 16. VIII. Dreszcze nie ponawiają się. Gorączka mierna o torze przepuszczającym. Język mniej suchy. Lekka sinica utrzymuje się. Serce bardzo pobudliwe. Jednorazowe podniesienie się chorej w łóżku wystarcza do znacznego przyspieszenia ruchów serca. Liczba tętna, wynosząca w spokoju 110—116, podnosi się do 130 i wyżej nawet. Stolec po wlewaniach brunatny, częścią stały, częścią płynny. Ilość moczu w ostatnich 3 dniach 450—600 cm³. Wejrzenie i skład moczu nie uległy zmianie. Chora żali się na bezsenność. — 19. VIII. Od wczoraj silniejsze bole w okolicy śledziony. Wraz z tem większa wrażliwość śledziony przy dotykaniu, względnie obmacywaniu. Na ograniczonej przestrzeni słychać tarcie. 23. VIII. Stan chorej stanowczo lepszy. Ciepłota od 3 dni dochodzi najwyżej do 38° C., spada wśród dnia poniżej 37° C. Tętno 96—108. Pobudliwość serca zawsze jeszcze znaczna. Rozmiary stłumienia mniejsze. Mocz jaśniejszy, nie zawiera białka.

Badanie krwi wykazuje: Zawartość hemoglobiny 44%. Ilość ciałek czerwonych 2,100.000. Ilość ciałek białych 8.800. Stosunek ciałek czerwonych do ciałek białych 222:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·93. Anizocytoza i polichromatofilia utrzymuje się w dalszym ciągu. Natomiast zniknęły zupełnie czerwone ciałka jądrzaste wielkie — megaloblasty — zmniejszyła się znacznie ilość normoblastów, mikrocytów i makrocytów oraz białych ciałek szpikowych. — 27. VIII. Bolesność śledziony mniejsza, rozmiary mniejsze. Również zmniejszyło się stłumienie serca. Prawa granica stłumienia dochodzi do linii środkowej ciała, zamiast, jak w początkach, do prawego brzegu mostka. Objawy osłuchowe takie same jak dawniej. Tętno 88—92. Ciepłota przeważnie prawidłowa. Pojawiające się czasem wzniesienia ponad 37° C. nie wynoszą więcej, niż kilka dziesiętnych stopnia. Żółtaczka ustąpiła. Uczucie podmiotowe chorej dobre. 1. IX. Stan poprawia się z dnia na dzień. Zabarwienie skóry lepsze. Sinicy nie ma zupełnie. Chora podnosi się bez wysiłku w łóżku, nie doznając przytem uczucia bicia serca. Tętno w spokoju 80—86, po ruchach około 100.

Ostatnie badanie z 19. IX., wykonane w dniu wypuszczenia chorej ze szpitala, wykazywało: Stan ogólny dobry. Barwa skóry prawidłowa. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, nieco na lewo od linii sutkowej. W temże miejscu lekki koci mruk. Stłumienie serca przekracza nieco linię mostkową lewą, schodzi się z uderzeniem końca serca, ku górze sięga poza górny brzeg 4. żebra. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczowy ton. Te same osłuchowe objawy nad zastawką dwudzielną. Drugi ton nad tętnicą płucną o wyraźnie wzmożonem brzmieniu. Tętno dobrze napięte, należycie wypełnione. Liczba tętna 80. Parcie krwi 115/59 mm Hg. Wątroba niebolesna, daje się obmacać dopiero przy głębokim wdechu. Śledziona o połowę mniejsza, aniżeli przy pierwszem badaniu, twarda, niebolesna. Mocz w ilości około 1000 cm³ na dobę, o ciężarze właśc. 1014, okazuje skład prawidłowy. Badanie krwi wykazało: Zawartość hemoglobiny 62%. Ilość ciałek czerwonych 3,500.000. Ilość ciałek białych 5.800. Stosunek c. czerw. do c. białych 603:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·78. Wzajemny odsetkowy stosunek ciałek białych: Ciałek. b. neutrochłonnych 66·4%, limfocytów 28·8%, monocytów 2·4%, ciałek b. eozynochłonnych 0·4%, ciałek b. tucznych 2·0%.

Po wypuszczeniu chorej ze szpitala widywałem ją od czasu do czasu w ciągu następnych miesięcy. Stan jej był zupełnie zadowalniający.

A teraz parę epikrytycznych uwag.

W chwili, kiedy chora przeniesiona została do szpitala, przedstawiała się jej choroba, o ile chodziło o określenie siedziby sprawy, zupełnie jasno. Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że zapalenie toczy się na wsierdziu i że zajmuje żagle zastawki dwudzielnej. Poza tem trzeba jednak jeszcze było rozświetlić przyrodę zapalenia, czyli innemi słowy rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą lżejszą jego postać, t. zw. zapalenie brodawkowe, czy też postać o wiele cięższą, wrzodziejącą. Rozstrzygnięcie nie było w tym przypadku rzeczą łatwą.

Zapalenia brodawkowe powstają zazwyczaj w toku zakażenia gośćcowego. U naszej chorej ani wywiady, ani wynik badania nie dawały podstaw do przyjmowania tego rodzaju zakażenia. Z drugiej strony nie można było wykryć żadnej z tych spraw, które dają powód do zakażenia krwi i wiodą do zapalenia wrzodziejącego wsierdzia. Jedyny punkt wyjścia stanowić mogło zapalenie gardła, względnie migdałków, za czem zdawało się przemawiać przekrwienie błony śluzowej i obecność zaułków w migdałkach. Brak ropnych czopów niczego jeszcze nie dowodził. Bardzo żywo przypominam sobie przypadek ropnicy pochodzenia migdałkowego, spostrzegany na oddziale w r. 1918, w którym za życia, mimo szczegółowego badania, nie można było wykryć w migdałkach ognisk ropnych. Dopiero przy sekcyi znaleziono w tkance pozamigdałkowej mały ropień wielkości ziarnka soczewicy, jako źródło zakażenia krwi. Podobnie miała się rzecz w innem spostrzeżeniu z przed 10 lat. Ropnica rozwinęła się na tle małego zropiałego zakrzepu w drobnej gałązce żyły krwawniczej, którego nie powiodło się wykryć, jakkolwiek obecność ropienia przypuszczano i wprost go w kiszce szukano. Wykryła go również dopiero sekcya.

Za ważny szczegół należało poczytywać ujemny wynik badania bakteryologicznego krwi. Ale i tę rzecz tłómaczyć można było, przyjmując, że bakterye, o ile się dostawały do krwi, ulegały w walce z siłami ochronnemi ustroju i traciły zdolność do dalszego rozwoju. Wpływ ich szkodliwy mógł się ograniczać do działania jadów drobnoustrojowych — toksyn i endotoksyn.

Za zapaleniem septycznem zdawały się przemawiać bardzo znaczne zmiany w składzie krwi. Znaną jest wprawdzie rzeczą, że niedokrwistość rozwija się także w przebiegu łagodnego gośćcowego zapalenia wsierdzia, ale stopień jej nie bywa w tych przypadkach zbyt wielki. W naszym przypadku istniały tymczasem znamiona ciężkiej niedokrwistości. Obecność mikrocytów i makrocytów, normoblastów i megaloblastów, oraz ciałek białych szpikowych wskazywała na poważne zaburzenia w zakresie życia i wytwarzania krwi. Tego rodzaju ostra niedokrwistość rozwija się, o ile chodzi o sprawy zakaźne, najrychlej w toku zapaleń ropnych. Nie mniej uderzać musiało niezwykle znaczne powiększenie śledziony i spory obrzęk wątroby oraz żółtaczka, którą w danych warunkach poczytywać można było do pewnego stopnia za t. zw. hemolityczną żółtaczkę, zależną od nadmiernego rozpadu krwinek czerwonych i związanego z tem nadmiaru barwika krwi, a więc gotowego już poniekąd materyału do wytwarzania barwików żółciowych.

Po uwzględnieniu wszystkich tych szczegółów, o których wspomnieliśmy przed chwilą, przypuszczaliśmy w początkach pobytu chorej w szpitalu, że sprawa tocząca się w sercu polega na septycznem, wrzodziejącem zapaleniu. Zapatrywanie to trzeba było już po kilku dniach spostrzegania poddać dokładnej rewizyi. Zwracać musiało uwagę, że stan chorej nietylko nie pogarszał się, ale raczej poprawiał. Nie było dreszczów i potów, o których mówiły wywiady, ciepłota obniżała się, przyjąwszy w 5. dniu pobytu chorej w szpitalu wyraźny typ zwalniający. Wraz z tem zwolniały nieco ruchy serca, tętno poprawiło się co do jakości. Zatory powstałe w śledzionie, których wyrazem była wielka bo-

lesność śledziony i tarcie, dające się słyszeć nad nią, nie sprowadziły dalszych następstw, były widocznie jałowe. W dalszym ciągu zaczęła ustępować żółtaczka, poprawiał się skład krwi, zmniejszyła się bolesność kości przy opukiwaniu. Ten korzystny zwrot w przebiegu choroby przemawiał za łagodniejszą postacią zapalenia wsierdzia, pozwalał stanowczo prawie wykluczyć ropnicę i zapalenie wrzodziejące. Poprawa postępowała dalej, względnie szybkim krokiem naprzód. Zejście choroby było w zasadzie zupełnie pomyślne; chora wyzdrowiała z ostrego zapalenia wsierdzia, wynosząc z całej sprawy tylko niezbyt znaczną wadę zastawkową. Mięsień sercowy nie został zupełnie uszkodzony. Świadczyło o tem zupełnie dobre wyrównanie wady.

Opisane spostrzeżenie uczy, że w ocenianiu niejasnych pod względem pochodzenia zapaleń wsierdzia zachowywać trzeba wielką ostrożność i rokować bardzo oględnie. Nawet tam, gdzie cały szereg objawów zdaje się przemawiać na niekorzyść chorego, nastać może zwrot pomyślny i wyzdrowienie. W szeregu takich niepomyślnych objawów, nie przesądzających jednak bynajmniej przebiegu sprawy zapalnej, stoją również, same przez się bardzo poważne zmiany w składzie krwi. Przekonaliśmy się, że ciężka niedokrwistość rozwinąć się może także w pomyślnie zakończonym przypadku i widzieliśmy, jak bardzo szybko z nastaniem poprawy co do sprawy zasadniczej, wraca do stanu prawidłowego tak dobrze wytwórczość układu, w którym się odbywa budowa krwinek, jak i całe życie ciałek krwi, znajdujących się w naczyniach i przez sieć naczyń włosowatych także i w tkankach.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz**.

(Ciąg dalszy).

Marmorek otrzymuje surowicę z koni, którym wstrzykuje odrębną toksynę gruźliczą. Surowica jego jest wyłącznie antytoksyczną. Według zapatrywania Marmorka, jad gruźliczy, zawarty we wszystkich tuberkulinach, różni się zasadniczo od jadu wytworzonego w ustroju, gdyż pochodzi ze starych hodowli, które prócz tego rozwijają się na pożywkach, różniących się własnościami od prawidłowych cieczy w ustroju. Do wytwarzania toksyny używa Marmorek zupełnie młodych, t. zw. pierwotnych prątków, które następnie przeszczepia i hoduje na szczególniejszem podłożu. Ponieważ prątki w ustroju wytwarzają jad tam, gdzie się znajdują, t. j. wewnątrz ciałek białych lub po ich opuszczeniu w tkankach, przeto Marmorek dodaje do pożywki ciało, powstałe z leukocytów (t. zw. leukocytäres-Serum lub leukotoxisches Serum), t. j. surowicę leukocytową, którą uzyskuje z krwi jagniąt, szczepionych krwinkami białemi świnek morskich. Prócz tego jego pożywka zawiera odwar miazgi wątrobowej (użył jej dlatego, że w wątrobie jego zdaniem rzadko sadowi się gruźlica, a zatem stanowi ona złą glebę dla prątków gruźliczych). Marmorek wychodzi też z założenia, że prątek gruźliczy na gorszem podłożu musi się bronić przeciw działaniu niekorzystnych czynników dla jego rozwoju, a temsamem wytwarzać jad silniejszy. W ten sposób uzyskał on jad, który nie działał silniej na zwierzęta gruźlicze, niż na zdrowe, i który po wstrzyknięciu podskórnem w ilości 8—10 cm sz. zabija zdrowe świnki morskie o wadze 300—400 grm. w ciągu 8—10 dni. Tym jadem uodporniał Marmorek swoje konie.

Wartość surowicy ocenia Marmorek, wstrzykując świnkom morskim do jamy brzusznej żywe prątki i zaraz potem śródżylnie 10 cm sz. swej surowicy. Jeśli świnki morskie po 4 tygodniach zabite nie wykazują zmian gruźliczych, gdy zwierzęta kontrolne wykazują rozległą gruźlicę, to surowica ta ma dostateczną siłę i może być używana do leczenia ludzi.

Marmorek poleca bardzo swoją surowicę we wszystkich sprawach gruźliczych płuc, stawów, kości. Zależnie od nasilenia sprawy chorobowej stosuje Marmorek przez 3 tygodnie codziennie lub co drugi dzień 5—10 cm sz. surowicy prz z odbytnicę — i powtarza to po przerwie 10 dniowej. W ciężkich przypadkach przy ostrych suchotach (phthisis tbc acuta) i w gruźlicy prosówkowej zaleca Marmorek odrazu wstrzykiwanie podskórne surowicy w dawce 5 cm sz. przez tydzień, a przez drugi tydzień przez odbytnicę. Frey zebrał odnośne piśmiennictwo. W ostatnich czasach pojawiły się spostrzeżenia Baera, Biswangera, Schenkera, Wolberga, Hilberta, Glässnera, Köhlera, Weina, Thorspeckena, Engländera i Krokiewicza.

XIII. S u r o w i c a p r z e c i w d u r o w a. Pfeiffer pierwszy zajmował się wytwarzaniem toksyny i antytoksyny durowej. Wykazał on, że jad, uwięziony przez bakterye, może być wydzielony z bakteryi przez ostrożne ich niszczenie i stwierdził niweczniki we krwi królików po zaszczepieniu tego jadu. Na mocy swych doświadczeń doszedł też Pfeiffer (1894) do przekonania, że przez wysokie uodpornianie zwierząt można otrzymać surowicę leczniczą. Zdania co do działania leczniczego surowicy są podzielone. Gdy jedni wartość surowicy upatrują w jej sile antytoksycznej, inni odnoszą ją do własności bakteryobójczych. Również różnie tłumaczą pomyślne i niepomyślne wyniki leczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Dr Alfred S o k o ł o w s k i: **Choroby proletaryatu.** Wykłady z dziedziny medycyny społecznej, wypowiedziane na Wolnej Wszechnicy polskiej w r. 1917/18. Warszawa (Gebethner i Wolff), str. 143.

W całej przeszłości pisarskiej Alfreda Sokołowskiego zaznaczał się często rys społeczny. Był on wyraźny nawet w takich nieraz pracach, których temat napozór zdawałby się dość odległy od zagadnień społecznych. Rys ten był poniekąd charakterystyczną właściwością tego autora. Toteż coraz silniejszy w ostatnich latach zwrot znakomitego klinicysty ku medycynie i higienie społecznej nie przychodzi niespodziewanie, lecz jest tylko rozwinięciem kierunku, który mu nigdy nie był obcy. Jest zaś zarazem zajęciem posterunku, dotąd u nas bardzo słabo obsadzonego, a w dzisiejszych czasach szczególnie ważnego.

Książka »Choroby proletaryatu« jest drugiem już dziełem A. Sokołowskiego z tego zakresu, ogłoszonem w czasie wojny; poprzedziło ją dzieło p. t. »Wielkie klęski społeczne«, wydane w r. 1917. Obie te książki powstały z wykładów, wygłaszanych w »Wolnej Wszechnicy polskiej« w Warszawie. Zachowanie formy wykładu jest w »Chorobach proletaryatu« zarazem wadą i zaletą. Wadą przedewszystkiem z tego powodu, że przez podzielenie treści na rozdziały, utworzone z poszczególnych wykładów, tok jest gdzieniegdzie porozrywany; zaletą przez to, że forma wykładu działa na czytelnika bardziej bezpośrednio, żywiej przywiązuje jego uwagę i bardzo ułatwia lekturę.

W dziesięciu wykładach rozpatruje autor kolejno: wysoką śmiertelność proletaryatu, szkodliwy wpływ pr. cy zbyt ciężkiej, zwłaszcza na kobiety i dzieci, szkodliwość niektórych zawodów, wpływ złego mieszkania, zarówno w miastach i miasteczkach, jak i po wsiach, wpływ niedostatecznego i wadliwego odżywiania, wpływ niewłaściwej i niedostatecznej odzieży. Dalej roztrząsa autor pytanie, czy ludność nasza ulega zwyrodnieniu fizycznemu, dochodząc do wniosku, że dotychczas nie można stwierdzić znamion groźnego tego objawu; wreszcie rozpatruje autor środki walki z wysoką śmiertelnością i chorobowością polskiego proletaryatu i podkreśla doniosłość walki ze śmiertelnością niemowląt i z gruźlicą, jako najważniejszemi klęskami społeczno-higienicznemi. Popierając wykład obficie zestawieniami statystycznemi, stara się autor usilnie w każdym punkcie o porównanie stosunków zagranicznych ze stosunkami naszymi; niestety w wielu punktach brak dotąd statystyki, dotyczącej naszych stosunków.

Obie ostatnie książki prof. Sokołowskiego są jakby zadatkiem na podręcznik medycyny i higieny społecznej, którego dotąd nie posiadamy. Podręcznik taki zaś jest bardzo potrzebny, szczególnie dziś, w okresie organizowania się państwa polskiego na nowożytnych zasadach. Znajomość higieny społecznej jest w tych warunkach niezbędną zarówno dla przyszłych lekarzy, jak i dla przyszłych urzędników i nauczycieli, a przedmiot ten powinien być wykładany na wszystkich wydziałach uniwersytetu. Toteż, witając ogłoszenie obu książek prof. Sokołowskiego, jako bardzo na czasie będących, pozwalamy sobie skierować do Czcigodnego Autora prośbę, aby dodając do obu tych dzieł swoich dalsze rozprawy z tego zakresu, obdarzył nasze piśmiennictwo z czasem całkowitym podręcznikiem. Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe.

Uchwały Zjazdu delegatów zrzeszeń lekarskich, odbytego w Warszawie 27. i 28. IV. 1919. 1. W sprawie organizacyi stanu lekarskiego w Polsce Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich uznaje: a) konieczność utrzymania i dalszego rozwoju towarzystw lekarskich polskich naukowych, b) stowarzyszeń lekarskich o zadaniach społeczno-lekarskich, narodowych i towarzyskich, c) organizacyi ogólnej (Związku) lekarzy całego Państwa polskiego o celach czysto ekonomicznych, d) wreszcie Izb lekarskich, jako reprezentacyi urzędowej autonomicznej stanu lekarskiego w Polsce.

2. Zjazd domaga się bezzwłocznego wprowadzenia ustawy o lekarzach (czyli tak zw. ordynacyi lekarskiej), obejmującej między innemi postanowienia o Izbach lekarskich i Radach honorowych. Jako podstawę do ustawy o lekarzach przyjmuje Zjazd projekt, przedłożony przez Izbę lekarską lwowską.

Gdyby jednak bezzwłoczne wprowadzenie ustawy o lekarzach było niemożebne, to Zjazd domaga się na razie ustawy o Izbach lekarskich i Radach honorowych lekarskich na zasadzie projektu, opracowanego przez Ministerstwo zdrowia.

Zjazd przyjmuje poprawki w tych projektach ustaw na zasadzie wniosków specyalnie wybranej do tego komisyi Zjazdu.

Ustawa o lekarzach (ordynacya lekarska) względnie ustawa o Izbach lekarskich powinna być wprowadzona bezwzględnie przed zatwierdzeniem dekretu o kasach chorych.

3. Zjazd, witając gorąco rozszerzenie ubezpieczenia społecznego na szerokie koła ludności pracującej, stwierdza, że ogłoszony dekret o ubezpieczeniu społecznem wymaga jednakże zmian.

a) Idealnem rozwiązaniem sprawy pomocy lekarskiej w kasach chorych ze względu na dobro ubezpieczonych byłoby udzielanie chorym takich zasiłków pieniężnych, iżby mogli leczyć się u dowolnie wybranego lekarza, do którego mają zaufanie.

b) Jeżeliby taki bezwzględnie wolny wybór lekarza okazał się niemożliwym, to ubezpieczeni powinni otrzymywać zasiłki pieniężne na leczenie się i mieć prawo leczenia się u tych lekarzy, którzy na warunkach ulgowych, umówionych z kasą chorych i zatwierdzonych przez Izbę lekarską, zgodzili się udzielać pomocy.

c) W każdym razie domagają się lekarze rewizyi dekretu o ubezpieczeniu na wypadek choroby, a przedewszystkiem domagają się stanowczo ustanowienia górnej granicy dochodu, uprawniającej do ubezpieczenia ulgowego, ustalonej w porozumieniu z Izbami lekarskiemi, względnie Delegacyą Zjazdu, a zrewidowanej za rok. Osoby, posiadające dochód ponad tę granicę, nie mogą korzystać z pomocy lekarskiej na zasadzie warunków kasowych. Umowy lekarzy z kasami chorych muszą być zatwierdzane przez Izby lekarskie. W komisyach pojednawczych powinni zasiadać także przedstawiciele Izb lekarskich. W zarządzie kasy chorych powinien zasiadać z głosem stanowczym lekarz delegat, wybrany przez lekarzy kasy. Pomoc lekarska powinna być wynagradzana od każdego zabiegu według taryfy, przyjętej przez Izbę lekarską. Sprawy kas chorych, jako obejmujące wielki dział lecznictwa krajowego, powinny być przekazane Ministerstwu zdrowia, do którego powinny należeć wogóle sprawy opieki społecznej. Gdyby te minimalne żądania nie zostały uwzględnione, lekarze nie mogliby współdziałać we wprowadzeniu tej reformy społecznej.

4. Zważywszy, że wobec nadzwyczajnego upośledzenia kraju pod względem sanitarnym, zadania społeczne w tej dziedzinie są szczególnie pilne i ważne; że kierunek ogólnego rozwoju życia społeczeństw kulturalnych wysuwa potrzeby w zakresie zdrowia publicznego na plan pierwszy; że sprawy zdrowia publicznego powinny być reprezentowane w rządzie równorzędnie z innemi dziedzinami życia publicznego: — Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich z całej Polski wypowiada się za koniecznością utrzymania oddzielnego ministeryum zdrowia publicznego, obejmującego także sprawy opieki społecznej, z kierownikiem lekarzem na czele.

(Oprócz tego powziął Zjazd uchwałę, wyrażającą hołd Sejmowi i uchwałę w sprawie Śląska, Spiszu i Orawy, Śląska górnego, Gdańska z Pomorzem gdańskiem i Mazurów pruskich. Wyrazy czci postanowił Zjazd przesłać żyjącym lekarzom-weteranom z walk o wolność w r. 1863: Dr Augustowi Kwaśnickiemu w Krakowie, Dr Lasockiemu w Nałęczowie, Dr Cz. Stankiewiczowi w Warszawie, a Wszechnicy Jagiellońskiej kondolencyę z powodu śmierci ś. p. prof. Dr Napoleona Cybulskiego).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.